

Стебунов С.С., Лызиков А.Н.,
Занько С.Н., Лярский С.П.

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЭНДОХИРУРГИИ

/ Витебск /

Особенно актуальным представляется вопрос о симультанных операциях у женщин в репродуктивном возрасте. Наряду с визуальной ревизией органов малого таза существует возможность получения диагностического материала (экссудата, биопсийного материала) недоступного при обычных методах гинекологического обследования. После предварительной консультации с гинекологом возможно использование специальных методов (хромосальпингоскопия) для определения функциональных нарушений половой системы.

Однако, несмотря на очевидную перспективность идеи одновременной хирургической коррекции при нескольких заболеваниях, еще не накоплен достаточный опыт симультанных операций, и практические хирурги испытывают робость при их выполнении. Вызвано это большим числом нерешенных проблем в обосновании и практическом применении симультанных оперативных вмешательств.

Первые сообщения о сочетанных операциях на органах брюшной полости с использованием видеоэндоскопической техники появились в начале 90-х годов.

С 1995 года в клинике произведено 1284 лапароскопических операций. Авторы располагают опытом проведения 185 симультанных операций при хирургической и гинекологической патологии у больных в возрасте 18-76 лет. Холецистэктомия сочеталась с ваготомией у 3 больных, с аппендэктомией у 2 больных, фенестрацией кист печени у 9 больных, адгезиолизисом в других областях брюшной полости и малого таза у 32 больных, стерилизацией у 11 больных, грыжесечением у 21 больных, резекцией яичника у 16 больных, удалением доброкачественных образований матки и придатков у 26, передней брюшной стенки — 15, диафрагмы — 1. В 2 случаях во время холецистэктомии была обнаружена апоплексия яичников и произведен гемостаз путем коагуляции. Декортикация и демедуляция яичников в сочетании с коррекцией хирургической патологии была произведена у 14 больных. Сочетание цистэктомии по поводу кист яичников и параовариальных кист с различными хирургическими операциями наблюдалось у 22 больных, прижигание эндометриoidных очагов брюшины и яичников у 11 больных.

Проведенные сочетанные операции не повлияли на количество осложнений и на среднюю длительность пребывания больных в стационаре. Послеоперационный койко-день больных, которые перенесли сочетанные операции в среднем был 7.2 суток. Продолжительность операции для всей группы составила в среднем 1 час 22 мин. Специфических осложнений, связанных с проведением симультанных операций, мы не наблюдали.

Обследование больных до операции не исключает интраоперационной ревизии брюшной полости и в особенности малого таза, которая нам позволила диагностировать еще около 38% сочетанных заболеваний, в основном — малого таза. Изучение данной проблемы позволило нам предложить принцип формирования комбинированных операционных бригад, состоящих из эндохирургов и гинекологов.

К сожалению, большинство хирургов при выполнении лапароскопических операций пренебрегают тщательной ревизией органов малого таза, так как это требует дополнительного времени, создания положения Тренделенбурга и иногда введения дополнительных троакарров с манипуляторами.

Мы разработали методику проведения нескольких оперативных вмешательств без применения дополнительных доступов или с применением минимального их числа. При выборе доступа и последовательности этапов при симультанных операциях руководствовались интересами основного хирургического вмешательства принципами асептики характера выявленных патологических изменений и показаний к коррекции каждого из них.

У женщин частым сочетанным заболеванием, требующим оперативного лечения, была патология матки и придатков. Актуальным является вопрос о выборе времени производимой операции у женщин. С точки зрения диагностической ценности, вмешательство на органах малого таза наиболее целесообразно во второй половине менструального цикла. Это время является также предпочтительным и с точки зрения профилактики послеоперационного спаечного процесса, т.к. высокая концентрация прогестерона ингибирует пролиферацию фибробластов.

При острой хирургической патологии, особенно при наличии местного перитонита считаем обязательным этап лаважа антисептиками полости малого таза для профилактики острых и хронических воспалительных заболеваний данной зоны.

Экономический эффект от выполнения сочетанных операций складывается из средств, сэкономленных за счет однократного стационарного и амбулаторного лечения, предотвращенных национальных потерь за время отсутствия работника на производстве, а также сэкономленных по системе социального страхования.

Разработана формула для расчета экономической эффективности симультанных операций у одного больного: $ЭЭС = КД \times К \times (С \times I + Ц + Б \times Н + О)$, где КД - кол-во койко-дней, проведенных в клинике больным с симультанными операциями; К - число симультанных операций у данного больного; С - стоимость продукции, выпускаемой 1 работающим за 1 день работы; I - удельный вес работающих из числа оперирован-

ных (по данным нашей клиники - 0.7); Ц - стоимость 1 дня пребывания больного в отделении; Б - средние затраты на 1 день нетрудоспособности по социальному страхованию; Н - общее количество дней нетрудоспособности; О - затраты на проведение предоперационной подготовки (включая необходимый для операции объем обследований) наркоза и самой операции.

Таким образом, симультанные лапароскопические операции являются перспективным направлением современной эндохирургии, дают хорошие результаты, не увеличивают число осложнений и летальность, исключают риск повторных операций и возможных осложнений, щадят психику больного, значительно уменьшают расходы на лечение, повторные обследования, обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность лечения больных сочетанными заболеваниями, и увеличивает эффективность работы хирургического стационара. Единый хирургический доступ благоприятнее сказывается на течении раневого процесса, заживлении ран, исключает дополнительную операционную травму, хотя и требует от хирурга большего умения и опыта.